

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
APPLIQUÉS A LA CURE RADICALE
DE
LA HERNIE CRURALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DOUHAIRET

Né le 19 Février 1871, à Joney (Saône-et-Loire)

Ancien Externe et ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1896

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
APPLIQUÉS A LA CURE RADICALE
DE
LA HERNIE CRURALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DOUHAIRET

Né le 19 Février 1871, à Joney (Saône-et-Loire)

Ancien Externe et ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.]	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX,	DURAND.]	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE	COLLET		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. CONDAMIN et CURTILLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

INTRODUCTION

La cure radicale des hernies a été l'objet, ces dernières années, de nombreux et importants travaux.

Tous sont d'accord pour admettre que c'est là, à l'heure actuelle, et étant donnés les progrès de la chirurgie, une opération qui doit être à la fois bénigne et efficace.

On a multiplié à plaisir les procédés de cure radicale : la plupart ont été déjà suffisamment décrits et jugés pour ce qui est de la hernie inguinale.

Au sujet de la hernie crurale, au contraire, les différentes méthodes employées pour la fermeture de l'anneau sont beaucoup moins connues.

Peut-être est-ce parce que ces méthodes sont, beaucoup d'entre elles du moins, trop récentes ; peut-être est-ce parce que la variété de hernies auxquelles elles se rapportent, est relativement rare.

Aussi, il nous a paru intéressant de rechercher et de décrire ces divers moyens opératoires.

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les résultats généraux qu'ils ont donnés jusqu'alors. Il nous a été impossible, souvent, d'apprécier complètement certains d'entre eux, qui, nous l'avons dit, sont encore à l'état naissant. Nous nous sommes attaché alors à faire ressortir les bénéfices probables qu'on peut en tirer, ou les inconvénients qui leur sont inhérents.

Nous insisterons plus spécialement sur un point particulier de la cure radicale, dans la hernie crurale : sur la fermeture et la suture de l'anneau ; puis nous essaierons, parmi les nombreux procédés, de choisir celui qui paraît convenir le mieux dans tel ou tel cas.

Notre travail se divise en cinq chapitres :

Chapitre premier. — Considérations anatomiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques.

Chapitre II. — Cure radicale. — Historique.

Chapitre III. — Méthode crurale.

Chapitre IV. — Laparotomie et méthode inguinale.

Chapitre V. — Résultats généraux. — Valeur des différentes méthodes d'après ces résultats.

Conclusions.

M. le professeur agrégé Jaboulay nous a donné l'idée première de ce travail ; il nous a dirigé dans son exécution

et c'est guidé par ses conseils que nous avons pu le mener à bonne fin.

Qu'il nous permette ici de le remercier sincèrement pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant tout le cours de nos études médicales.

M. le professeur Pencet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; l'honneur qu'il nous fait nous laisse pénétré envers lui des sentiments de la plus respectueuse gratitude. Durant les deux semestres que nous avons passés dans son service de l'Hôtel-Dieu, ce maître éminent a toujours fait preuve pour nous de beaucoup de bienveillance, nous tenons à l'en remercier ici.

Nous n'oublierons point non plus les maîtres qui nous ont prodigué leurs conseils dans les différents services hospitaliers auxquels nous avons été attaché.

MM. les professeurs Lépine, Chappet, médecins des hôpitaux, le professeur agrégé Lannois, voudront bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

Nous remercions enfin tous nos amis qui ont bien voulu nous aider dans notre travail, en particulier notre bon camarade Etienne Chanay, qui a mis à notre disposition, avec beaucoup d'amabilité, sa connaissance approfondie de la langue allemande.

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
APPLIQUÉES A LA CURE RADICALE
DE
LA HERNIE CRURALE

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques, anatomo-pathologiques et pathogéniques.

L'anneau crural est ce large orifice que traversent les vaisseaux fémoraux pour passer de la cuisse dans le bassin.

Il est constitué en haut par la face inférieure de l'arcade crurale, en bas, par le ligament pelvien de Cooper, lequel « forme une arcade nacrée très résistante, qui passe au-dessus des fibres du pectiné et se fixe en dedans à l'épine du pubis et en dehors à l'éminence ilio-pectinée ». (Paulet.)

En dehors par la bandelette ilio-pectinée, en dedans, par le bord concave du ligament de Gimbernat.

Cet anneau a, en somme, la forme d'un triangle dont la base est en avant, et le sommet en arrière.

Il est plus large chez la femme que chez l'homme ; par contre, le canal inguinal, est moins large chez cette der-

nière; on comprend dès lors pourquoi les hernies crurales sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

L'anneau crural mesure au niveau de sa base, environ 4 à 5 centimètres (Tillaux).

Après ce rapide exposé des limites de l'anneau crural, voyons maintenant son contenu et ses rapports.

Par l'anneau crural, passent l'artère et la veine fémorales, puis des lymphatiques. L'artère est située à la partie externe et se trouve directement appliquée contre la bandelette ilio-pectinée, qui la sépare ainsi du nerf crural.

La veine est située en dedans de l'artère et les vaisseaux sont entourés d'une gaine celluleuse qui sépare la veine de ganglions lymphatiques, placés à son côté interne.

Entre la veine et le ligament de Gimbernat existe un espace assez étendu; il est occupé par des troncs lymphatiques et par un ganglion, ganglion de Cloquet, qui est à cheval sur le ligament de Gimbernat.

Dans l'immense majorité des cas, c'est par ce lieu de moindre résistance que sort la hernie crurale. Les exceptions à cette règle sont excessivement rares. Par conséquent le collet de la hernie est en rapport en dehors d'une façon immédiate avec la paroi de la veine fémorale.

Normalement, l'anneau crural est recouvert par plusieurs couches; ce sont d'arrière en avant :

Le péritoine, la couche sous-péritonéale, le *fascia propria* de Cooper, ou condensation de la partie la plus externe de ce tissu sous-péritonéal, puis enfin, le *septum crurale*.

Cette cloison cellulo-fibreuse, qui se fixe en dedans

sur le ligament de Gimbernat et en dehors sur la paroi interne de la veine, forme la portion de l'anneau crural, qui est occupé par le ganglion lymphatique.

Le *septum crurale* fait partie généralement des enveloppes de la hernie, à moins qu'il ne présente des éraillures, à travers lesquelles, le sac peut s'engager.

En avant, l'anneau crural est en rapport, par l'intermédiaire du ligament de Poupart, avec le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond chez la femme.

Un dernier point important, au sujet des rapports de l'anneau crural, ce sont ses rapports avec les artères voisines susceptibles d'anomalies qu'il faut connaître.

L'épigastrique est généralement à 12 ou 15 millimètres en dehors de l'anneau et ne court aucun risque d'être blessée dans le débridement.

Normalement, l'obturatrice ne présente aucun rapport avec l'anneau crural, mais elle peut naître anormalement de l'épigastrique ; dans ce dernier cas, lorsque le tronc commun aux deux artères est très long, l'obturatrice se trouve répondre directement au ligament de Gimbernat, près de son bord externe et par conséquent à la partie supérieure et interne de l'anneau.

L'anneau crural forme la base d'un entonnoir, nommé entonnoir crural dont le sommet dirigé en bas, à 3 ou 4 centimètres de l'anneau, est représenté par le passage de la saphène à travers l'aponévrose.

La paroi externe de cet entonnoir, de ce canal, est continuée par le *fascia iliaca* ; la paroi interne par le muscle pectiné et son aponévrose ; sa paroi antérieure par le feuillet antérieur de l'aponévrose fémorale, le *fascia cribiformis*

Ce fascia présente de nombreuses perforations ; elles sont dues à des vaisseaux lymphatiques qui émergent des ganglions superficiels, viennent traverser l'aponévrose, se placent dans l'entonnoir pour en sortir à travers le *septum crurale* et se jeter dans les ganglions pelviens.

D'après nombre d'auteurs, ces orifices seraient souvent des agents d'étranglement pour la hernie crurale. D'après Tillaux, cette théorie est absolument mauvaise et à rejeter, sauf quelques exceptions :

« Je ne veux pas contester absolument l'étranglement par le *fascia cribriformis*, bien qu'il me paraisse difficile à accepter, mais je répète que les trous du *fascia crebri-formis* sont comblés par les vaisseaux qui les traversent. La pression distend peu à peu les membranes, les amincit, mais ne les perfore pas. »

Nous voulons étudier la hernie crurale, exclusivement au point de vue de son traitement, en insistant spécialement sur la cure radicale des hernies crurales volumineuses. Nous devons auparavant rappeler quelques notions pathogéniques et anotomo-pathologiques.

La hernie crurale est beaucoup moins fréquente d'une façon absolue que la hernie inguinale. Sur 5997 hommes hernieux, examinés par Berger, 471 seulement portaient des hernies crurales.

D'autre part, la hernie crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; chez la femme, elle atteint la proportion de 37,2 pour 100 ; chez l'homme 7,9 seulement pour 100.

Au point de vue étiologique, le plus souvent la hernie rentre dans la catégorie des hernies de *faiblesse* ou des *hernies de force*.

Mais peut-être pourrait-on signaler une variété spéciale de hernie crurale que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, appeler *congénitale*, par opposition à la hernie acquise.

Le mécanisme est, à coup sûr, différent de celui des hernies inguinales congénitales; mais d'après le professeur Poncet, il pourrait bien exister, du côté de l'anneau crural, telle disposition congénitale qui favorise le développement hâtif de la hernie.

Nous pouvons signaler 2 cas qui se rapportent à cette variété :

1 cas chez une fillette de onze ans; l'affection remontait à la première enfance (Camson, th. de Lyon, 1873, page 11).

1 autre cas analogue signalé par Lucas-Championnière chez un enfant de cinq ans et demi.

Quant à la cause efficiente de la hernie crurale, en général, elle est envisagée différemment suivant les auteurs.

On s'accorde généralement à incriminer la faiblesse naturelle ou accidentelle des anneaux. Les Allemands admettent une véritable diathèse herniaire pour ainsi dire héréditaire.

Pour P. Segond¹ les hernieux sont des déchus physiologiques.

Certains auteurs, spécialement Roser, font jouer un rôle très important à un lipome sous-péritonéal.

A ce lipome serait due la formation de l'infundibulum péritonéal et par conséquent, l'amorce de la hernie.

¹ P. Segond, *Cure radicale des hernies*.

Dans le *Traité de Chirurgie*, t. VI, p. 745, Berger distingue deux variétés de hernies crurales, incomplètes ou complètes, suivant qu'elles ont franchi ou non le *fascia cribriformis*. Lorsqu'elles ont franchi cet orifice, le plus souvent, elles descendent parallèlement à la saphène, mais arrêtées par les adhérences qui unissent le *fascia superficialis* à l'aponévrose du *fascia lata*, elles se recourbent de bas en haut, et remontent jusqu'au-dessus de l'arcade crurale en décrivant une courbe analogue à l'aiguille de Deschamps.

Nous connaissons maintenant suffisamment la constitution de l'anneau crural et les rapports que peut affecter le collet de la hernie. Nous n'y reviendrons pas ; nous ferons simplement remarquer que l'orifice constitué par l'anneau est plus ou moins large, suivant les cas, il peut arriver à présenter la largeur de deux doigts et même plus.

Or, cette considération est d'une haute importance au point de vue du traitement. Nous verrons dans la suite de ce travail que, pour les hernies petites ou moyennes, les procédés classiques de cure radicale peuvent suffire ; pour les hernies à anneaux très élargis, au contraire, on a imaginé des procédés nombreux divers, et plus ou moins compliqués.

C'est que, en effet, l'anatomie nous le montre, l'orifice constitué par l'anneau crural, est presque entièrement fibreux : les tissus qui le constituent sont doués d'une vitalité assez faible, ce qui oppose un obstacle énorme à la réunion des parties suturées. De plus, ces tissus et l'arcade de Fallope, en particulier, sont dans un état de tension accentuée, et tendent fortement à reprendre, après la suture, leur disposition primitive, et ceci leur sera évidem-

ment d'autant plus facile que l'anneau crural sera plus élargi.

Le sac de la hernie est constitué par le péritoine doublé du *septum crurale*, que la hernie refoule en avant d'elle. Très souvent, sa face externe adhère à une masse adipeuse, plus ou moins considérable, souvent même à un véritable lipome herniaire, auquel on fait jouer un rôle prépondérant dans le développement de la hernie.

Le sac renferme ordinairement de l'intestin grêle et de l'épiploon. L'épiploon fréquemment contracte des adhérences avec le sac, et la hernie devient ainsi irréductible.

On peut cependant rencontrer différentes variétés de hernies crurales dites rares.

Le cæcum, l'appendice vermiforme, l'ovaire, les trompes¹ même, ont été signalés dans le contenu du sac crural.

On a signalé aussi des variétés de hernie crurale externe, de hernie à travers le ligament de Gimbernat, de hernie péritonéale, enfin de hernie cruro-propéritonéale : cette dernière présente un sac affectant les rapports ordinaires, puis également, sous le péritoine, un diverticule qui se dirige vers la région obturatrice.

Il existe même une variété de *hernie crurale bilobée*, bien étudiée par Hesselbach, Astley Cooper, et dans laquelle les deux lobes sont situés totalement en dehors de l'anneau crural.

¹ De Vaucher, th de Lyon, 1895.

CHAPITRE II

Historique. — Cure radicale.

Avant de décrire les nombreux procédés imaginés par la cure radicale de la hernie crurale, nous devons jeter un coup d'œil rapide sur les méthodes anciennes, et rappeler brièvement l'histoire de la question, nous inspirant souvent du remarquable travail de M. Segond (th. d'agrégation de Paris, 1883).

Dès l'antiquité, la cure radicale des hernies fut l'objet de nombreuses tentatives. Cette affection était regardée comme une tare infamante et les accidents inhérents étaient d'autant plus redoutables, que l'on n'osait point s'attaquer à l'étranglement.

Dans une première période, on s'adresse volontiers aux traitements médicaux, soit topiques, soit astringents, soit caustiques. Nous ne ferons ici qu'en indiquer quelques-uns à titre de mémoire.

Paul d'Egine faisait boire des lotions avec une décoction de noix de Galles et d'écorce de grenadier.

Fabrice d'Aquapendente préconisait les emplâtres agglutinatifs avec des substances irritantes et astringentes.

Poix noire.	2 livres
Térébenthine.	} aa 2 onces
Cire jaune.	

Une deuxième période est marquée par l'emploi des procédés opératoires antiques, qui furent vite abandonnés, car non seulement ils ne donnaient pas de résultats, mais encore ils compromettaient sérieusement la vie des malades.

Tels étaient la suture Royale, le point doré, la cautérisation au fer rouge.

J.-L. Petit, Leblanc, Gerdy, donnent leurs noms à ces procédés insignifiants.

Celui de Bonnet, de Lyon, ne donne guère de résultats.

Aussi Pasquier était-il obligé de dire à cette époque :

« Il n'existe actuellement aucun moyen sûr de cure radicale des hernies crurales. »

A partir du XVIII^e siècle, on perfectionne de plus en plus les bandages. Etant donnés les mauvais résultats opératoires obtenus, on se rejette presque complètement sur ce traitement palliatif.

Le bandage, en effet, permettait le plus souvent à l'individu de vivre et de vaquer à ses occupations, tout en restant porteur de sa hernie.

Mais on s'aperçut bien vite qu'il ne pouvait et ne devait pas suffire : il ne dispense pas des complications liées aux hernies, et il reste un compagnon fidèle de la vie, indispensable même.

On continua donc de nouvelles tentatives de cure radicale, qui restèrent dans l'ombre jusqu'aux découvertes antiseptiques.

Grâce à ces dernières, on attaqua hardiment la hernie et les procédés devinrent moins compliqués, en même temps que les chirurgiens étaient moins timides.

La première tentative fut faite par Steele, en 1873, et fut bientôt suivie d'autres essais, soit en Angleterre, soit sur le continent : Schede, Nussbaum, Riesel, Socin, Czerny, s'efforcent de pratiquer des cures radicales.

En France, L. Championnière, est un des premiers à la pratiquer et soutient en sa faveur une lutte des plus vives.

Il trouve, au début, de nombreux contradicteurs, des adversaires acharnés même, mais les résultats obtenus triomphent de toutes les difficultés.

Depuis, on a perfectionné, ou simplement transformé son procédé. De nombreux auteurs ont voulu faire leur opération qu'ils modifiaient simplement dans un de ses détails.

Quoi qu'il en soit, son procédé est encore le procédé de choix pour les hernies de moyen et de petit volume.

A partir de ce moment, ce qui a préoccupé le plus les chirurgiens, ce fut de faire une opération réellement efficace. Les indications de la cure radicale changèrent complètement de face, et après une période de prudence, de retenues exagérées on arriva à dire avec Trélat :

« La cure radicale doit s'adresser à toute hernie qui n'est pas complètement, facilement et habituellement réductible et maintenue par un bandage. »

Pendant un certain temps, on s'en tint à ce précepte,

mais on vit bientôt qu'une cure radicale doit avoir un champ plus vaste, et actuellement la majorité des chirurgiens est d'avis qu'elle doit s'appliquer à tous les cas de hernies, si simples et si réductibles soient elles.

Il faut évidemment tenir compte de certaines conditions d'état général, d'âge, de constitution, conditions très importantes sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Quoi qu'il en soit, pour que l'on pût s'en tenir à ce précepte nouveau, il fallait que la cure radicale devînt une opération bénigne et efficace.

Bénigne, elle l'est, grâce à l'antisepsie et aux perfectionnements opératoires.

Au Congrès de médecine de Rome, 1894, Lucas-Championnière avait fait en tout 411 opérations de cure radicale, tant pour les hernies crurales que pour les hernies inguinales : sur ces 411 cas, il n'a observé que 2 morts, soit une moyenne de 0,50 pour 100. Actuellement, les dernières statistiques permettent de considérer comme nuls les cas de mort.

Efficace, elle l'est également dans la plupart des cas, comme le montreront les résultats d'un certain nombre d'observations.

Or, cette efficacité peut faire défaut dans certains cas.

Les récidives, si rares soient-elles, sont encore trop fréquentes : si, par exemple, nous nous reportons au travail de Bresset (*Des résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale*, th. de Paris, 1895), nous trouvons signalées 395 observations de cures radicales.

202 se rapportent à des hernies crurales non étranglées, et 193 à des hernies crurales étranglées. Or, dans une première série de 232 cas, sans suture de l'anneau, nous

trouvons 67 récidives. Dans une deuxième série de 163 cas, avec suture de l'anneau, nous trouvons 14 récidives seulement. Donc, en tout, 81 récidives s'adressant principalement aux hernies volumineuses à anneau crural très élargi.

C'est que, en effet, dans ces cas, il est très difficile souvent d'arriver à obturer complètement et efficacement l'orifice. Sa disposition anatomique, la rigidité de ses parois, leur peu de vitalité, la résistance qu'elles opposent à un fusionnement parfait, expliquent suffisamment cette difficulté; difficulté souvent insurmontable dans les cas d'anneau très volumineux.

Pour les hernies petites ou moyennes, avec bon état général, sans faiblesse trop prononcée des parois, les procédés ordinaires classiques, celui de Lucas-Championnière en particulier, donnent des résultats bien suffisants.

Dans les cas contraires, il faut souvent avoir recours à des procédés compliqués, autoplastiques et autres.

Nous nous proposons, dans les chapitres suivants de décrire ces différents procédés. Nous serons bref sur les procédés classiques ordinaires. Nous insisterons spécialement sur les méthodes plus complexes, s'adressant aux cas à récurrence facile.

Beaucoup d'entre elles sont, il est vrai, trop récentes, pour qu'on puisse les juger complètement. Nous indiquerons, cependant, autant que possible, les résultats qu'elles ont pu donner jusqu'alors, et nous essayerons de faire ressortir, dans une sorte de vue d'ensemble, les avantages que présente telle méthode, ou les inconvénients qui sont inhérents à telle autre.

Dans un premier chapitre, nous décrirons les procédés

qui utilisent la *voie crurale* : ce sont les plus nombreux.

Dans un second chapitre, nous étudierons ceux qui utilisent les voies inguinales ou abdominales : la *Méthode inguinale* et la *Laparotomie*.

CHAPITRE III

Méthode crurale.

Les procédés qui se rattachent à cette méthode sont excessivement nombreux. Aussi sommes-nous obligés, pour établir un peu de clarté, de recourir à une classification, que nous comprendrons de la façon suivante :

- 1° Procédés s'adressant uniquement au sac.
- 2° Procédés tendant avant tout à fermer l'anneau et à remettre les parois dans leur état normal.
- 3° Procédés utilisant pour la fermeture de l'anneau l'épiploon ou les parois du sac.
- 4° Procédés par autoplastie ou par corps étrangers.
- 5° Procédés basés avant tout sur la mobilisation de l'arcade crurale et l'abolition de sa tension normale.

1° *Procédés s'adressant uniquement au sac.* — Ce sont des procédés anciens, primitifs, qu'il suffit de signaler pour en faire le procès.

MITCHELL BANKS, se contente de réséquer, après ligature, le sac, aussi haut que possible puis de réunir la peau sans s'occuper de l'orifice herniaire.

BILLROTH se contente d'inciser le sac sans l'extirper et sans s'inquiéter de l'anneau.

2° *Procédés cherchant avant tout à fermer l'anneau et à remettre les parois dans leur état normal.*

TRICOMI (*Revue de chirurgie*, 1892, p. 889). — L'auteur propose pour la hernie crurale une suture en forme de bourse avec cinq anses de soie comprenant le ligament de Fallope, la gaine des vaisseaux, le *fascia pectinea* et le muscle pectiné, le ligament de Gimbernat et enfin le ligament de Fallope en un point voisin de la première anse.

Le sac a été isolé et réséqué le plus haut possible.

La fermeture de la plaie se fait ensuite à plusieurs plans de suture.

L'auteur rapporte quatre cas d'opération heureusement guéris par première intention. Mais on s'accorde généralement à faire à ce procédé, au point de vue des résultats éloignés, le reproche suivant : c'est que les tissus auront tendance plus tard à reprendre leur position primitive et bientôt alors apparaîtra de nouveau le point faible, qui favorisera la récurrence.

FABRICIUS. — Ce procédé (*Revue de chirurgie*, 1894), consiste à suturer le plus haut possible le ligament de

Poupart à la branche horizontale du pubis. Au cas où la tension de l'arcade est trop forte, l'auteur détache le ligament de Fallope à son lieu d'insertion pour le mobiliser plus facilement.

L'incision est de 10 à 12 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à cette arcade. On sectionne couche par couche jusqu'au sac herniaire qu'on libère. S'il en est besoin, on sectionne l'insertion de l'arcade au tubercule du pubis, puis on résèque le sac comme à l'ordinaire.

Pour fermer l'anneau, on maintient les vaisseaux par-dessus l'éminence ilio-pectinée, puis on réunit l'arcade de Fallope à la branche horizontale du pubis, *aussien arrière que possible*. Cinq à six points de suture sont passés ainsi à travers l'arcade, l'aponévrose du pectiné, l'insertion du muscle pectiné et le périoste.

Ce procédé présente donc l'immense avantage non seulement de mobiliser l'arcade, mais encore de rétrécir considérablement l'anneau, si l'on a soin de placer les fils très en arrière.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — C'est le procédé classique le plus employé et le meilleur pour les hernies moyennes ou petites. Nous ne voulons pas, bien entendu, le décrire dans tous ses détails, car il est très connu, nous voulons simplement en indiquer les principes.

Dans son travail sur la *Cure radicale des hernies*, 1887, l'auteur insiste beaucoup sur ce fait, c'est qu'« il faut absolument supprimer toute la surface péritonéale glissante; c'est-à-dire toute annexe pour une nouvelle hernie ».

Or, pour la hernie crurale, la suppression complète du sac est parfois difficile. Il est, en effet, généralement irrégulier. Tantôt épais uniformément, on peut le pédiculiser facilement. Ailleurs, certaines portions supérieures du sac sont très minces ; elles peuvent se déchirer facilement, or, ces déchirures sont plus difficiles à compenser que pour la hernie inguinale ; elles risquent de faire faire une opération incomplète.

La méthode que nous étudions actuellement est basée sur les principes fondamentaux suivants :

a) Le sac herniaire péritonéal doit être réséqué. La séreuse doit être enlevée, bien au delà du niveau du collet du sac dans le ventre, de façon à supprimer tout infundibulum à surface glissante.

b) Au niveau de la solution de continuité et au-devant de la séreuse, il faut constituer une défense solide par une cicatrice puissante, étendue, résultant d'un traumatisme étendu et de sutures soigneusement superposées et enchevêtrées.

c) Si des parties contenues dans la hernie peuvent être supprimées, il y a lieu de le faire.

Pour ce qui est de l'anneau, l'auteur cherche à consolider, autant que possible, la cicatrice future et à reconstituer de son mieux le canal crural.

Il place des fils de catgut destinés à accoler l'un à l'autre la gaine des vaisseaux, l'aponévrose du pectiné et le moyen adducteur.

Il recommande également, dans un de ses ouvrages, « de placer et d'entre-croiser de nombreux fils résistants de suture, pour augmenter la solidité de la paroi ».

Ce procédé, nous l'avons dit déjà, est le procédé de

choix, dans la plupart des cas; nous signalerons ultérieurement nombre d'observations empruntées à divers chirurgiens, et qui montreront l'efficacité générale de ce procédé.

Néanmoins les récidives ne sont point exceptionnelles. C'est ainsi que dans la thèse de Camson (th. de Lyon, 1893) nous trouvons 9 récidives nettement constatées sur 43 observations.

Il est donc des cas où ce procédé ne peut et ne doit pas suffire. Nous voulons parler spécialement de ces hernies volumineuses où la récidive est presque fatale. On sera obligé, ici, de recourir, suivant les cas, à l'une ou l'autre des méthodes que nous allons maintenant décrire.

BERGER. — C'est un procédé analogue à celui de Barker pour la hernie inguinale. Voici comment l'auteur décrit lui-même son procédé (*Tr. de chirurg.*, t. VI, p. 759) :

« Une anse de fil est passée sous l'aponévrose du pectiné, de sorte que ses deux chefs ressortent dans le canal crural l'un en dedans, l'autre en dehors; on les y reprend pour les faire traverser isolément l'arcade de Fallope, et on les noue en avant de cette arcade; en serrant ainsi cette anse de fil, on rapproche l'aponévrose du pectiné de l'aponévrose abdominale et l'on oblitère d'une manière complète la lumière du canal crural. Trois ou quatre points de suture doivent être superposés de la sorte. »

Ce procédé d'occlusion a été employé également par Wood et par Cushing¹. On complète l'opération par la suture ordinaire.

¹ H.-W. Cushing, *An improved method for the Radical Cure of femoral hernia*, 1888.

Il est nécessaire, pour que des adhésions solides puissent s'établir entre les plans fibreux, de maintenir pendant tout le temps nécessaire à la guérison la cuisse du malade fléchie sur le bassin.

Comme l'auteur l'a fait remarquer (*Revue de chirurgie*, 1892, page 532), le dernier temps de l'opération demande des précautions spéciales. Il faut éviter chez l'homme de lier en même temps le cordon. Il faut éviter également de blesser la veine fémorale, et on l'évite presque sûrement en plaçant les fils de dehors en dedans.

Le procédé de Berger présente l'immense avantage, outre une fermeture assez complète de l'anneau, de faire disparaître complètement l'infundibulum péritonéal.

Nous verrons dans un chapitre ultérieur qu'il a donné, entre les mains de l'auteur, de bons résultats éloignés.

BASSINI (*Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1894. XLVII, 1-25). — Ce procédé s'applique principalement à la hernie inguinale, mais l'auteur le déclare applicable aussi à la hernie crurale.

Il fait une incision parallèle à l'arcade et juste au-dessus. Le sac est isolé très haut, puis réséqué comme d'habitude, de façon qu'il remonte dans l'abdomen. L'extrémité interne de l'arcade est suturée au revêtement aponévrotique de la crête pectinéale et le repli falciforme à l'aponévrose du muscle pectiné.

Ces manœuvres ramènent assez bien l'entonnoir crural à son état normal. Mais les différentes parties fibreuses de l'anneau tendront sans cesse à reprendre leur position normale et par conséquent à favoriser la récurrence.

BOTTINI (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1892, p. 889; *Soc. de chir. italienne*, 8^e session, octobre 1891). — Cet auteur cherche avant tout à rendre à l'anneau ses dimensions naturelles. Il ne s'occupe en rien du sac, qui est destiné à s'atrophier. Son procédé consiste à diminuer les dimensions de l'anneau et à le reconstituer autant que possible par un ou plusieurs points de suture avec du fort catgut, jouant ainsi le rôle des cordons d'une bourse.

C'est là un procédé insuffisant, qui ne peut donner que des résultats incomplets.

RICHELOT (*Soc. de chirurgie*, 1892, p. 349) « prend d'abord le contour externe de l'anneau fibreux au-devant de la veine, chemine vers le ligament de Gimbernat, l'accroche et ressort en traversant d'arrière en avant l'arcade crurale, et en ayant soin d'éviter le canal déférent. »

Trois fils suffisent à une oblitération parfaite.

LOCKWOOD (*Lancet*, 1893, t. III, p. 1297) emploie une suture analogue.

3^e *Procédés utilisant, pour la fermeture de l'anneau, l'épiploon et les parois du sac.*

DUBOIS emploie sa méthode principalement dans le cas d'épiplocèles crurales.

Nous savons que dans les cas d'adhérences épiploïques au collet du sac, on a parfois terminé l'opération en faisant une ligature comprenant le collet et l'épiploon, et aban-

donné le moignon ainsi formé dans l'anneau herniaire.

Dubois, lui, en a fait une règle pour le traitement de l'épiplocèle crurale, mais nous doutons fortement de l'efficacité de ce procédé pour les hernies volumineuses.

KOCHER (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*) a appliqué son procédé à la hernie crurale.

« Après avoir complètement isolé le sac et l'avoir tordu aussi fortement que possible, il le fait passer au travers d'une petite ouverture pratiquée au dessus de l'arcade fémorale, et il le fait entrer dans une large suture embrassant l'aponévrose pectinéale et l'arcade de Fallope. »

Le professeur Kocher ne parle point de ses résultats.

BUCHANAN (*British med. journ.*, t. I, 1879). — Sa méthode a été employée uniquement pour la hernie inguinale, mais peut-être pourrait-elle trouver des applications dans les cas de hernie crurale. Dans le cas de hernie inguinale il tord le sac, le replie sur lui-même, de façon à former une masse arrondie, qu'il pousse vers le haut du canal. Là, il le fixe par une suture passée à travers les parois du canal.

L'anneau superficiel est fermé par une suture, juste au-dessus du cordon.

BALL (*Brit. m. journal*, 1887, t. II, p. 1272) saisit le sac avec une pince et lui imprime un mouvement de torsion sur son axe. La ligature du collet est alors placée et le sac réséqué. Cette torsion n'a jamais été appliquée aux sacs des hernies crurales.

MACEWEN¹ forme à l'aide du sac disséqué une pelote solide qu'il fixe au niveau de l'orifice supérieur de l'anneau crural. Le sac, replié sur lui-même un certain nombre de fois, est traversé de son fond vers son collet par un fil fixé par une de ses extrémités au fond du sac. Ce fil traversant alternativement un certain nombre de fois les faces opposées du sac, en maintient le plissement, lorsqu'on tire sur son extrémité libre.

STANMOWE BISHOP¹, au lieu de replier le sac « comme un rideau, le plisse comme une bourse », de façon à mieux mettre en contact les faces péritonéales du sac.

4° Procédés par antiplastie et corps étrangers.

Ces différentes méthodes autoplastiques, que nous nous proposons de décrire en détail, sont pour la plupart très récentes. Il est impossible, à l'heure actuelle, de porter sur elles un jugement définitif, mais il est bon de les faire connaître, car dans les cas rares, il est vrai, de hernies crurales volumineuses, elles peuvent, sans contredit, rendre de grands services.

Dans la même année, Cheyne, Salzer et Giordano ont préconisé un procédé autoplastique qui consiste à tailler un lambeau dans le muscle pectiné. Mais Stonham² a revendiqué la priorité de l'invention, sa première opération datant de 1887.

¹ *Annales of surgery*, t. IV, p. 117, 1886.

¹ *Lancet*, t. I, p. 1169, 1870.

² Stonham, *Lancet*, t. II, p. 1198, 1892.

SALZER (*Central. f. Chir.*, n° 53, 1892). — Il traite le sac herniaire par le procédé classique, puis il emprunte un lambeau fibreux au muscle pectiné.

Le lambeau est curviligne et concave en haut. Il est proportionné aux dimensions de l'orifice herniaire plus volumineux.

Il dissèque le lambeau aponévrotique ainsi formé en le laissant adhérent par sa base. Il suture enfin la circonférence du lambeau à l'arcade fémorale.

CHEYNE¹ emploie le procédé suivant : La hernie est réduite, le collet du sac est ligaturé et cousu à la paroi abdominale. On emprunte au muscle pectiné un fragment de dimensions suffisantes pour combler l'anneau et cela sans tension. Cette languette musculaire comprend toute l'épaisseur du muscle, adhère à la paroi interne des vaisseaux et se porte parallèlement à l'arcade crurale. A l'extrémité libre inféro-interne; on place des fils qui prennent bien le muscle, on décolle la languette de l'os sous-jacent et on passe des fils à travers la paroi abdominale, d'abord au-dessus, puis juste sur le ligament de Poupart.

Comme on le voit, ce procédé ressemble beaucoup à celui de Salzer, mais il peut donner de bien meilleurs résultats, car les tissus qui constituent le lambeau sont beaucoup plus vasculaires.

SCHWARTZ². — Cet auteur a employé souvent le procédé

¹ *Lancet*, London, II, 1839-1041, 1892.

² Congrès de chirurgie, 7 avril 1893.

dit « Tampon de catgut », consistant à obtenir un véritable rempart cicatriciel, au milieu du trajet herniaire, après résorption des fils.

Ce procédé, dit-il, lui a donné de bons résultats dans les cas d'anneaux moyens, mais des résultats à peu près nuls dans les cas d'anneaux très larges.

Il a pensé alors à faire une barrière musculaire, se basant sur ce fait que les hernies à travers la paroi musculieuse abdominale sont choses exceptionnelles.

Pour les orifices herniaires volumineux, on traite le sac et les viscères comme à l'ordinaire.

On ouvre par une incision de 6 centimètres environ la gaine du moyen adducteur. On dissèque un lambeau musculaire à pédicule supérieur, puis on le relève pour l'insinuer contre l'anneau crural : on le suture par quelques soies fines à l'arcade et à l'aponévrose pectinée.

La gaine est refermée par quelques points de suture, excepté au niveau du pédicule. Cette méthode donne de très bons résultats immédiats, mais, comme nous le verrons, elle est trop récente pour permettre d'assurer l'efficacité définitive de l'opération.

POULLET, de Lyon ¹. — L'auteur ne décrit son procédé que pour la hernie inguinale, mais il le déclare également applicable à la hernie crurale.

Il ouvre la gaine du muscle premier adducteur et découvre son tendon rubané et nacré. Il arrache ce tendon aussi bas que possible des fibres musculaires, puis, se servant d'une part de ce tendon isolé et du sac herniaire dis-

¹ 9^e Congrès de chirurgie, p. 471, 1895.

séqué, d'autre part du rebord fibreux de l'orifice herniaire, il fait une trame, une sorte de treillis dont il obture l'orifice herniaire. Il maintient le treillis en place au moyen de fils métalliques qu'il enlève au bout de huit jours.

M. Poulet n'admet qu'une seule contre-indication : c'est une débilité sénile ne permettant pas de supporter trente minutes d'anesthésie.

THIRIAR¹ emploie un procédé qui consiste à obtenir la fermeture de l'anneau crural par un transplant osseux.

« Le sac disséqué haut et réséqué, le moignon abandonné disparaît dans la paroi abdominale. Entre cette paroi et le péritoine, de façon à boucher complètement l'orifice herniaire, j'interpose une solide plaque d'os décalcifié, bien maintenue dans sa position par quelques sutures qui rapprochent et réunissent les bords de l'orifice. Le transplant est destiné à être remplacé par un tissu fibreux, solide, qui se fusionne avec les parties voisines pour fermer l'orifice herniaire, repousser la fossette péritonéale et la remplacer par une saillie. »

En 1893, Thiriar disait avoir employé vingt et une fois son procédé depuis un an environ, spécialement, il est vrai, pour des hernies inguinales; il n'avait pas encore constaté de récurrence. Quoi qu'il en soit, la majorité des chirurgiens s'accorde à reconnaître à cette méthode un inconvénient redoutable, c'est la difficulté de nutrition du fragment osseux; il arrive, dans certains cas, à former un véritable corps étranger qui peut engendrer et maintenir une suppuration abondante.

¹ Association française de chirurgie, t. VII, p. 318, 1893.

Nous voyons, en effet, que 2 fois sur 21 cas, Thiriar a été obligé d'enlever le fragment osseux à cause d'une suppuration abondante.

A côté du procédé de Thiriar, signalons un procédé décrit par Schwartz¹ en 1892 :

Après avoir suturé par le plus grand nombre de points de catgut ou de soie les parois du canal crural de façon à le fermer le mieux possible, il remplit le canal crural là où se trouve le ganglion crural profond par un tampon de catgut très aseptique et suture par-dessus, de façon à obtenir un véritable bouchon cicatriciel qui renforce la faible barrière opposée par l'anneau crural.

Le procédé de THIRIAR rappelle, en somme, beaucoup celui qu'employait Tredelenburg, pour la première fois, en 1890 : il s'agissait d'une hernie inguinale scrotale. Pour donner plus de solidité à la suture, il plaça dans l'anneau un disque osseux taillé dans la substance spongieuse d'une tête humérale qu'il venait de réséquer. Pendant un certain temps, ce disque réalisa une occlusion parfaite, mais, dans la suite, il disparut par résorption.

Dans les cas de hernies crurales volumineuses, Tredelenburg¹ a pratiqué la fermeture de l'anneau par lambeau ostéo-périostique.

Il fait une incision au niveau de l'arcade crurale partant près de l'épine iliaque antéro-supérieure et atteignant l'épine du pubis du côté opposé à la hernie.

Dans un deuxième temps, il sectionne l'insertion des

¹ Schwartz, *Soc. de chir.*, t. XVIII, p. 356, 1892.

¹ Hackeubrich, *Beit. z. klin. Chir.*, 1894.

muscles droits abdominaux à l'arête supérieure du bord supérieur des branches horizontales du pubis. Il sectionne de même, en partie, les fibres du droit interne et du grand adducteur, le long du bord interne de la branche descendante du pubis du côté de la hernie.

Avec la lame d'un large ciseau qui est appliqué du côté sain de la symphyse, à 1 ou 2 centimètres de cette dernière, on taille aux dépens des os pubiens et de la symphyse un lambeau ostéo-périostique large de 2 centimètres et épais de plusieurs millimètres.

On le laisse autant que possible en continuité avec le squelette pelvien, au niveau de l'épine du pubis, du côté de la hernie.

Ce lambeau, taillé avec précaution, est ensuite renversé en haut, de façon que sa face périostée regarde en arrière et sa face saignante en avant.

La lame se brise, il est vrai, au niveau du pédicule du lambeau, mais le périoste suffit à assurer sa nutrition.

On dispose ensuite ce lambeau pour l'oblitération de l'anneau crural.

KRASKE a pratiqué une méthode analogue par lambeau ostéo-périostique.

Toutes ces différentes méthodes autoplastiques s'adressent, nous le savons, à des cas spéciaux (grosses hernies avec anneau très large admettant deux et trois doigts). Beaucoup d'entre elles sont encore à l'état d'expérimentation et il est difficile de se prononcer au sujet de leur efficacité.

Il nous reste maintenant, dans un dernier paragraphe à examiner :

5° *Les procédés basés avant tout sur la mobilisation de l'arcade crurale de façon à faire disparaître sa tension normale :*

M. DELAGENIÈRE. — Dans un travail publié le 1^{er} février 1896, dans les Archives provinciales de chirurgie et auquel nous avons fait de nombreux emprunts, Delagenière décrit les différents procédés employés et en propose un autre qui lui est absolument particulier.

A tous les différents procédés Delagenière reproche de laisser en place l'arcade de Fallope, jouant le rôle d'une corde, au-dessus et au-dessous de laquelle les viscères, par pression, viendront créer des dépressions, des amorces herniaires.

En outre, dit-il, en agissant tous au-dessous de l'arcade, il leur est impossible de réséquer le sac assez haut et de faire disparaître l'infundibulum péritonéal. Voici maintenant quel est son procédé :

Incision verticale croisant l'arcade de Fallope et la dépassant de 3 centimètres de chaque côté.

On découvre l'arcade crurale et l'aponévrose du grand oblique.

A la partie inférieure de l'incision, on fait l'isolement du sac et avant de terminer, on l'ouvre sur sa face antérieure pour se débarrasser de son contenu.

Les anses intestinales sont réduites et l'épliploon réséqué le plus haut possible.

Le sac est disséqué du côté de l'anneau crural. Le collet descend vite et ensuite on éprouve une résistance due à l'arcade de Fallope.

Alors, quand cette dernière est bien visible, isolée en partie du collet du sac, on procède à sa section.

La section est faite aux ciseaux par petits coups ; elle porte directement en haut, comprend l'épaisseur de l'arcade, qu'elle dépasse en haut de quelques millimètres.

On reprend l'isolement du sac en l'attirant fortement dans l'échancrure faite à l'arcade.

On trouve le collet adhérent à l'orifice interne de l'anneau ; les adhérences sont sectionnées ou rompues et on décolle tout autour le péritoine pariétal.

On fait une nouvelle traction sur le sac et on amène une portion de péritoine ressemblant à un entonnoir. On prend avec un fort catgut le sac qui est ensuite réséqué aux ciseaux.

On passe ensuite les deux chefs sous la paroi, puis à travers, à 15 ou 20 millimètres au-dessus du sommet de l'échancrure faite à l'arcade, pour être noués ensemble afin d'attirer le pédicule au-dessus des parties effondrées.

Ceci fait, l'anneau crural échancré en haut, reste béant au fond de la plaie. Ensuite, on se garde bien de reconstituer l'arcade crurale, mais on passe des catguts à travers l'aponévrose du pectiné, la bandelette ilio-pectinée et même le périoste ; puis on passe l'anse postérieure des fils à travers l'arcade, près du point où elle a été sectionnée, les uns en dedans, les autres en dehors de l'incision. Les catguts sont noués et on voit l'arcade s'affaisser vers la branche horizontale du pubis ; elle se porte également en arrière et transforme son incision verticale en un espace triangulaire à sommet supérieur et antérieur.

DELAGÉNIÈRE (*Archives provinc. de Chirurgie*, 1^{er} février 1896, 69). — L'auteur signale ensuite trois observations, que nous rapporterons plus tard et dont le résultat a été parfait. Toutefois, comme il le fait remarquer, son procédé s'adresse aux hernies petites ou moyennes, bien plutôt qu'aux hernies volumineuses. Or on peut lui reprocher d'être un peu long et compliqué, puisque dans ce cas-là, on peut obtenir d'aussi bons résultats avec des procédés plus simples.

M. JABOULAY, de Lyon, propose, dans les cas de hernies volumineuses (et c'est le traitement de ces dernières que nous avons surtout en vue) d'employer le procédé suivant :

Incision ordinaire de la peau, au niveau de la tumeur herniaire.

Libération, dissection et résection du sac, comme dans les procédés classiques.

Après ce premier temps de l'opération, M. Jaboulay procède à la désinsertion du ligament de Poupart, à son extrémité interne. Mais il ne se contente pas, comme l'a fait dans certains cas Fabricius, de raser avec le ciseau l'épine du pubis; mais il laisse adhérent à l'arcade de Fallope une portion osseuse, constituée par l'épine du pubis elle-même. Ce temps de l'opération se fait au moyen du ciseau droit et du maillet.

Il sectionne ensuite, en partie, les fibres d'insertion supérieure du pectiné, celles qui prennent attache à l'épine du pubis, de façon à libérer complètement cette dernière.

Ceci fait, l'arcade de Fallope est libre à son extrémité interne, et on possède dès lors une sorte de véritable

tampon fibro-osseux, que l'on pourra facilement rabattre, au niveau de l'orifice herniaire volumineux.

Le ligament de Poupart sera recourbé, et au moyen de sutures au catgut, on fixera le tampon aux plans aponévrotiques voisins : arcade de Fallope, gaine des vaisseaux et aponévrose pectinéale.

Comme on le voit, ce procédé rappelle à la fois celui de Fabricius et les procédés ostéoplastiques. Bien que M. Jaboulay n'ait pas eu encore l'occasion de l'appliquer aux hernies crurales, nous pensons que, spécialement dans les hernies à anneau volumineux, il peut donner naissance à un plan fibreux, résistant, consolidant-fortement la paroi.

Il présente en somme le double avantage :

- a) De mobiliser l'arcade crurale et par conséquent de permettre un rapprochement facile des parois de l'anneau ;
 - b) De donner naissance à un transplant osseux dont la vitalité pourra être suffisamment assurée.
-

CHAPITRE IV

Méthode inguinale et Laparotomie.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'étudier la méthode inguinale et la laparotomie, appliquées à la cure radicale des hernies crurales.

I. — MÉTHODE INGUINALE

Astley Cooper¹ a proposé d'employer la voie inguinale pour débrider plus facilement dans les cas d'étranglement de hernie crurale.

Annandale² a opéré deux fois cette cure radicale par la voie inguinale. Mais c'est à partir de 1892 que Ruggi³ a attiré spécialement l'attention sur cette méthode, qui fut employée également à Paris par Tuffier.

¹ *On hernia*, 1837.

² *Evimb. med. J.*, t. XXI, 1876.

³ *Bull. dell. science di Bylogna*, der VII.

Voici en quoi elle consiste : Après avoir isolé le sac crural, on incise la paroi antérieure du trajet inguinal, on relève le cordon spermatique ou le ligament rond ; puis on divise la paroi postérieure du trajet inguinal.

Arrivé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on reconnaît le collet du sac qui s'engage dans l'anneau crural ; on l'attire, on le dégage et on le fait sortir par l'incision inguinale : on traite le sac comme à l'ordinaire, on lie, on réduit l'épiploon, on lie et réduit également le collet du sac, puis on ferme par la suture, l'orifice crural d'abord et ensuite la division du trajet inguinal.

Ce procédé a été employé, sauf quelques modifications sans importance, par Tuffier, auquel il aurait donné de bons résultats. « C'est une méthode qui pourrait répondre, dit Berger, à la difficulté la plus commune à laquelle on puisse se heurter dans la cure de la hernie crurale, à savoir, le traitement de l'épiploon, adhérent au sac. »

II. — LAPAROTOMIE

Nous ne voulons dire que quelques mots de cette méthode qui ne s'appuie sur aucun résultat et qui est condamnée par la majorité des auteurs.

Ce procédé, auquel Lawson Tait a donné son nom, consiste à faire la laparotomie, non plus sur la tumeur herniaire, mais sur la ligne médiane : et, d'après l'auteur, la même incision peut servir à toutes les variétés de hernies abdominales.

Avant Tait, plusieurs auteurs avaient déjà signalé le bénéfice qu'on pouvait tirer d'une pareille méthode, *dans des cas spéciaux*.

Annandale (1878), Kutley (1883), Ward. Dans *The Lancet* de 1891, Lupton rapporte les cas de deux hernies crurales étranglées : la première seule guérit, elle fut traitée par laparotomie médiane, ce qui permit un dégagement facile de l'intestin.

Mais jusqu'à Lawson Tait, ce procédé ne s'applique qu'à des cas absolument spéciaux. Tait, lui, prétend que son procédé peut s'appliquer à la cure radicale de toutes les variétés de hernie, l'inguinale comprise.

Son procédé, dit-il, a l'avantage :

De ne point augmenter l'ouverture de l'anneau.

De rendre l'opération plus aisée ;

D'amener non seulement l'adhérence du péritoine de l'ouverture du sac, mais encore des éléments de l'ouverture tendineuse.

Il n'a employé son procédé que chez la femme, mais il le déclare applicable également chez l'homme, il pense en un mot, avec beaucoup de prétention, qu'il permet de faire facilement et simplement la cure radicale de toutes les hernies.

L'incision faite, deux doigts sont introduits dans l'abdomen à la recherche de l'orifice herniaire ; les viscères sont réduits, et ce temps de l'opération est, paraît-il, des plus simples ; puis, à l'aide d'une aiguille courbe et de quelques points de suture intra-péritonéaux, l'orifice interne de l'anneau herniaire est suturé.

Lawson Tait ¹ prétend avoir eu des résultats très satisfaisants par cette méthode ; mais il est difficile d'en avoir le détail.

¹ Lawson Tait, *Brith. M. J.*, t. II, p. 685.

Widenham Maunsell¹ décrit un procédé analogue à celui de Tait, mais qu'il recommande principalement pour les hernies crurales étranglées !

« Incision médiane partant du pubis et juste suffisante pour admettre deux doigts. L'orifice herniaire reconnu, il réduit les viscères, et ferme l'anneau crural, au moyen d'une suture ainsi pratiquée. Une longue et forte aiguille courbe est introduite à travers la peau de la région crurale, au-dessus de l'embouchure de la saphène à la partie supérieure de la cuisse ; elle traverse l'aponévrose du pectiné et sort au niveau du ligament de Gimbernat à son attache à la crête pectinéale.

« Pendant le passage de l'aiguille la pointe de cette dernière est conduite sur l'index. Introduit dans le trajet herniaire par l'incision abdominale, l'aiguille est alors armée d'un fil d'argent et retirée.

« Par le même orifice cutané, l'aiguille est de nouveau introduite, de façon à longer cette fois le bord interne de la veine fémorale et à ressortir en avant, au-dessus de l'arcade de Fallope ; l'autre extrémité du même fil est chargée sur l'aiguille, et, l'aiguille retirée, l'anse du fil est alors serrée et les chefs coupés au ras. »

Ce procédé, au dire de son auteur, ne demande que trois ou quatre minutes pour être exécuté.

Nous verrons dans le chapitre suivant, ce qu'il faut penser de ces différentes méthodes.

Auparavant, nous voulons indiquer quelques résultats, qui sont indispensables pour porter un jugement, pour faire un choix, si la chose est possible.

¹ Widenham-Mansuell, *Brit. M. J.*, t. II, p. 688, 1871.

CHAPITRE V

Résultats. — Valeur des différentes méthodes basée sur les résultats obtenus.

Nous voulons, dans ce chapitre, indiquer d'une façon générale les résultats obtenus par les différentes méthodes que nous avons décrites.

Nous ne nous attarderons pas à donner le détail de toutes les observations ; nous nous proposons simplement de jeter un coup d'œil d'ensemble et d'indiquer autant que possible quel est le procédé qui convient le mieux dans tel ou tel cas. Or, nous devons faire remarquer tout d'abord, que, au point de vue des résultats définitifs, on doit distinguer deux espèces bien différentes de hernies crurales : Les unes à orifice étroit, entourées de tissu résistant ; les autres à orifice démesurément large, entourées de tissus affaiblis. Une cure radicale bien faite, avec suture de l'anneau crural, doit amener la guérison des premières : beaucoup de procédés même pourront ici donner d'excel-

lents résultats ; le plus simple, le plus classique sera le meilleur.

En revanche, quel que soit le soin qu'on y mette, on ne sera jamais sûr de garantir d'une récurrence les hernies qui rentrent dans la seconde catégorie. C'est pour elles qu'on a dû imaginer un grand nombre de procédés plus ou moins compliqués, autoplastiques principalement. Nous avons recherché avec beaucoup de soin les différentes opérations qui pouvaient s'y rapporter ; elles sont malheureusement trop peu nombreuses et trop récentes pour la plupart.

Méthodes qui conviennent aux hernies petites ou moyennes. — Nous ne signalerons que les cas de cure radicale qui ont été suivis pendant plus de six mois après l'opération ; à ce moment seulement, nous les considérons comme exemptes de récurrence.

Dans son livre sur la *Cure radicale des hernies*, 1887, Lucas-Championnière signale un certain nombre de résultats se rapportant aux hernies crurales ; il les déclare d'une façon générale, satisfaisants. Nous avons parcouru ses observations et nous en avons trouvé fort peu qui aient été suivies assez longtemps. Le même auteur signale en 1893 (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 849), 10 nouveaux cas, et sur ces 10 cas, aucune récurrence.

Il en est de même pour une série nouvelle de 11 nouveaux cas publiés dans la *Revue de chirurgie*, de 1894.

Dans la thèse de Camson (*Cure radicale de la hernie*

crurale, th. de Lyon, 1893), nous trouvons signalés les résultats suivants se rapportant aux procédés de Lucas-Championnière, préconisé dans ce travail par notre maître, le professeur Poncet :

43 cas, dont 15 empruntés à L.-C , et 2 à M. le professeur Poncet, donnent des résultats immédiats excellents.

Dans 34 cas, les résultats éloignés après plus de six mois, restent parfaits.

En revanche, nous trouvons signalés 9 cas où les récidives ont été nettement constatées.

Sur ces 9 cas, nous en trouvons 3, où l'on indique d'une façon précise : pas de suture de l'anneau.

Dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires de Paris*, 1894, p. 525, Delorme rapporte 2 observations de cure radicale de hernie crurale :

Procédé employé : Ligature du sac à la base, excision.

Oblitération de l'anneau crural par quelques points de sutures passés verticalement à travers l'arcade de Fallope et l'aponévrose du pectiné. Dans les deux cas, les militaires opérés ont pu reprendre leur service et le continuer sans aucun dommage.

Dans la thèse de Mauviez (*Résultats éloignés de la cure radicale des hernies*, 1893), nous trouvons 53 observations de cures radicales, faites à Bourg, par le Dr Hudellet. Parmi ces 53 observations, 6 se rapportent à des hernies crurales : les 3 premières sont opérées par le procédé classique sans suture de l'anneau : elles ont été

suivies pendant plus de six mois et on ne signale pas de récédive.

La quatrième (hernie crurale gauche, assez volumineuse), opérée par le procédé de Bassini : résultat parfait.

Dans les deux dernières on fait des sutures fixant l'aponévrose fémorale à l'arcade de Fallope : pas de récédive non plus.

Nous pourrions citer nombre d'autres observations de hernies opérées par le procédé classique et ayant donné d'excellents résultats; nous croyons donc pouvoir dire que dans les cas de hernies petites ou moyennes, le procédé de Lucas-Championnière peut et doit largement suffire; c'est du reste le procédé de choix employé par la majorité des chirurgiens. Toutefois, nous croyons qu'il faut insister davantage que ne l'a fait cet auteur, même dans ces cas-là, sur l'importance de la suture de l'anneau.

Si, en effet, nous nous reportons à la thèse de Bresset, (*Des résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale*, th. de Paris, 1895), nous trouvons signalées 395 observations, dont 202 non étranglées et 193 étranglées.

Dans 232 cas, pas de suture de l'anneau : 67 récédives : 28 pour 100.

Dans 163 cas, suture de l'anneau : 14 récédives seulement; 8,6 pour 100.

Par conséquent, conclut l'auteur, qu'il s'agisse de hernies petites ou volumineuses, les résultats sont bien meilleurs avec la suture de l'anneau. Or, cette suture et la fermeture de l'anneau peuvent être faites de façons bien différentes; nous avons indiqué dans un des chapitres précédents, combien nombreux sont les procédés : Depuis

celui de Tricomi, Fabricius, Berger, etc..., jusqu'à celui de Delagenière.

Voici maintenant les observations que nous avons pu réunir :

Un cas (thèse de Bresset) traité par le procédé de Tricomi : suture en bourse de l'anneau crural ; guérison constatée après six mois, pas de bandage.

Bassini⁴ a obtenu 54 guérisons sur 54 opérations par son mode de suture ; il y aurait mauvaise grâce à ne pas recommander sa manière de faire.

Nous relevons (thèse de Bresset) trois cures radicales par la méthode de Berger : Moignon attiré et fixé au-dessus de l'arcade ; suture de l'arcade à l'aponévrose du pectiné par des points en U à la soie ; guérison constatée après plus de six mois.

D'autre part, dans le *Bulletin médical* du 19 mai 1895 Berger s'exprime ainsi : « J'ai pratiqué vingt-cinq fois en 3 ans la cure radicale de la hernie crurale ; dans aucun cas, je n'ai constaté d'accidents graves, 6 seulement de mes opérés ont présenté une légère suppuration, je les ai revus presque tous 2 mois après, cinq après un temps plus long, deux après six mois, un après un an, un après trois ans ; les résultats ont été excellents. » Dans les *Archives provinciales de chirurgie* de février 1896, dans un article où M. Delagénère décrit son procédé applicable, dit-il, principalement aux hernies petites et moyennes, nous trouvons trois observations de cures radicales faites par son procédé ? Les trois cas ont été suivis plus d'un an et les résultats ont été parfaits.

⁴ Bassini, *Archiv f. klin. Chirurg.*, t. XXII, 1894.

Quant à la méthode de Ball, elle n'a jamais été, à notre connaissance, appliquée au sac des hernies crurales.

Macewen a systématiquement traité par son procédé toutes les hernies crurales qu'il a opérées. Nous en trouvons 11 cas signalés dans la thèse de Bresset, mais il y a en même temps suture de l'anneau crural, et par conséquent, il n'est pas possible de savoir ce qui revient exactement à ce temps de l'opération. Nous pensons toutefois que ce ne sera jamais la méthode de choix.

Quant à la torsion du sac et sa fixation dans l'anneau crural, comme le recommande Kocher¹, nous attendrons pour la juger que les résultats de cette méthode aient été publiés, car, dans la dernière statistique de cet auteur, publiée par Leuwe², nous n'avons trouvé aucune observation de hernie crurale dans laquelle elle ait été employée.

Quant à l'occlusion du trajet herniaire par un moignon épiploïque (Dubois), nous la condamnerons avec la majorité des chirurgiens ; elle expose le malade à des accidents douloureux et à des phénomènes d'étranglement interne. De plus, la proportion des récidives, à la suite de ce genre d'opération, est très élevée ; nous en constatons (thèse de Bresset) 4 sur 11 cas.

Après cet exposé bref des observations que nous avons pu réunir et l'indication des procédés employés dans chaque cas particulier, nous pensons pouvoir conclure : Dans les hernies petites ou moyennes, la fermeture de l'anneau est d'une importance capitale. Des différents procédés employés pour l'obtenir, il nous semble que celui préconisé

¹ Kocher, *Corresp. blatl. f. Schweizer Aerzte*, t. XXII.

² Leuwe, *Archiv f. klin. Chirurg.*, t. XVII, 1893.

par Berger, réalise le mieux l'occlusion parfaite de l'anneau.

Ceux de Tricomi et de Bassini nous paraissent compliqués outre mesure; celui de Fabricius ne peut s'imposer parce que les opérations s'y rattachant sont trop récentes. Quant au procédé récent de Delagénère, il a donné, il est vrai, dans trois cas de très bons résultats, entre les mains de son auteur.

Toutefois nous craignons que la section de l'arcade de Fallope, ne diminue par trop, dans certains cas, la résistance de la paroi abdominale.

Méthodes applicables aux hernies crurales à orifice admettant deux et trois doigts.

Voici les observations que nous avons pu réunir à ce sujet; comme on le verra, elles ne permettent pas d'opter en faveur de l'un ou de l'autre des procédés employés.

Sur 10 opérés par Salzer¹, un seul a été suivi onze mois.

Dans les cas de Cheyne, Stonham, les résultats ont été publiés après moins de six mois.

Dans l'*Association française de chirurgie*, t. VII, p. 685, nous trouvons une observation de Schwartz, (Lambeau musculaire taillé dans le moyen adducteur). Le résultat immédiat a été excellent; mais, de l'avis de l'auteur lui-même, le temps écoulé depuis l'opération était insuffisant pour qu'on pût affirmer l'efficacité du procédé.

¹ Salzer, *Centr. f. Chirurgie*, 1892.

Pour ce qui est du procédé à lambeau ostéopériostique de Trendelenburg, dans les cinq observations publiées par Hackenbruck, il y eut deux récidives, et des trois autres malades, l'une revue au bout de deux ans était bien guérie de sa hernie crurale, mais avait depuis six mois une hernie inguinale du même côté. Une autre n'avait pas été suivie plus de six semaines. La troisième avait une tendance à la récurrence.

Nous ne pouvons pas non plus nous prononcer davantage sur le procédé de M. Poulet; aucune observation n'ayant été publiée, applicable à la hernie crurale.

Thiriar a employé, dit-il, 21 fois son procédé pour la cure radicale des hernies, tant inguinales que crurales.

Il lui a donné de bons résultats immédiats, mais deux fois, le chirurgien fut obligé d'enlever le transplant osseux, à cause d'une suppuration abondante. C'est là un grave inconvénient inhérent à la méthode et à l'insuffisante vitalité du corps étranger osseux.

Quant au procédé proposé par M. Jaboulay, il est encore à l'état d'étude. S'adressant spécialement aux hernies volumineuses, il permet, par suite de la mobilisation de l'arcade de Fallope, de réunir facilement les parois de l'anneau crural. Nous pensons que les dangers de suppuration inhérents à la méthode de Thiriar ne lui sont pas applicables, car le fragment osseux constitué par l'épine du pubis et restant en continuité avec le ligament de Poupert nous semble posséder des conditions de vitalité beaucoup plus satisfaisantes. Mais, nous le répétons, le procédé n'a pas d'observations sur lesquelles il puisse s'appuyer, et, par conséquent, il reste à l'état de proposition.

En somme, dans ces cas de hernies crurales volumineuses, il est difficile de dire à l'heure actuelle quelle est la méthode de choix, et dans bien des cas, quels que soient l'habileté et le soin que l'on mette à l'opération, la récurrence reste bien difficile à éviter.

Il nous reste maintenant deux mots à dire, pour terminer, de la laparotomie et de la méthode inguinale.

Au sujet de la laparotomie, nous n'avons aucune observation pour nous édifier sur la valeur de cette méthode, d'autant que Widenham Maunsell la recommande seulement pour les hernies étranglées.

En somme, il est possible que, au cours de laparotomies pratiquées dans un autre but, Lawson Tait ait pratiqué facilement la cure radicale de hernie par ce procédé ; mais la majorité des chirurgiens le regardent comme un procédé aveugle, déplorable, dont le plus grand inconvénient est de laisser en place le sac herniaire.

Pour ce qui est de la méthode inguinale, elle n'a été employée jusqu'à présent que par Ruggi et Tuffier, le procédé de Tuffier n'étant qu'une modification du précédent.

Nous trouvons dans la thèse de Bresset quatre observations de Ruggi ; procédé employé : incision inguinale, ouverture de la fosse de Scarpa, dissection, ligature et extirpation du sac, incision du canal inguinal, moignon du sac réduit, suture de l'anneau.

Dans les quatre cas, la guérison a été constatée après plus de six mois ; pas de bandage.

Sur 42 opérations pratiquées par Tuffier, 12 seulement méritent d'être conservées, toutes les autres ont été suivies moins de six mois. Sur ces 12, une seule récurrence est survenue ; chez 7 autres opérés, la guérison est restée parfaite sans la moindre pointe de hernie ni du côté du canal inguinal, ni du côté du canal crural.

Toutefois, si les résultats de cette méthode sont bons, ils ne semblent pas supérieurs jusqu'ici à ceux obtenus par la méthode crurale. On pratique évidemment la ligature du collet plus haut, mais la suture de l'anneau est-elle plus facile par ce procédé ?

Pour Berger cette méthode doit être rejetée comme méthode de choix ; toutefois, elle pourrait avoir certaines applications et en particulier dans le traitement de l'épiploon adhérent au sac.

CONCLUSIONS

I. Pour toutes les hernies crurales, petites, moyennes ou volumineuses, la suture de l'anneau est d'une importance capitale. Sur 395 observations rapportées dans la thèse de Bresset, nous trouvons les résultats suivants :

Dans 232 cas, pas de suture de l'anneau : 28,8 pour 100 de récidives.

Dans 163 cas, suture de l'anneau, 8,6 pour 100 de récidives.

II. Pour les hernies crurales petites ou moyennes, l'application des principes de Lucas-Championnière au point de vue du sac, et de la suture en U de Berger au point de vue de l'anneau, nous paraît devoir être la méthode de choix.

Par conséquent, après avoir libéré le sac, l'avoir lié et excisé aussi en arrière que possible du collet, une anse de fil est passée sous l'aponévrose du pectiné, de telle sorte

que ses deux chefs ressortent dans le canal crural, l'un en dedans, l'autre en dehors. On les y reprend pour les faire traverser isolément l'arcade crurale; on les noue en avant de cette arcade.

III. Pour ce qui est des hernies volumineuses, on sera souvent obligé, à l'heure actuelle, d'utiliser le même procédé, quoique dans bien des cas, il n'assure pas un succès définitif. Les procédés autoplastiques, en effet, sont pour la plupart, encore à l'étude. Les observations signalées, ou bien sont trop récentes, ou bien n'ont pas été suffisamment suivies, pour qu'on puisse faire un choix définitif.

IV. La laparotomie médiane de Lawson Tait doit être rejetée comme méthode applicable à toutes les variétés de hernies. Nous n'avons du reste, aucune statistique pour nous édifier sur la valeur de ce procédé, qui a pour grave inconvénient de laisser en place le sac herniaire.

La méthode inguinale de Ruggi et de Tuffier a donné entre les mains de ce dernier 11 succès sur 12 cas. Toutefois, c'est une méthode compliquée qui paraît convenir surtout, dit Berger, aux cas où l'épiploon est adhérent au sac.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Testut, Traité d'anatomie, 1894.
Tillaux, Traité d'anatomie topographique, 1891.
P. Segond, th. d'agrégation de Paris, 1883.
P. Segond, Cure radicale des hernies.
Berger, Traité de chirurgie, t. VI.
De Vaucher, Hernies de l'ovaire et de la trompe (th. de Lyon, 1895).
Tricorni, Revue de chirurgie, 1892, p. 889.
Fabricius, Revue de chirurgie, 1894.
Lucas-Championnière, Cure radicale des hernies, 1887.
Camson, thèse de Lyon, 1893.
H.-W. Cushing, An improved method for the radical cure of femoral hernia, 1888.
Berger, Revue de chirurgie, 1892.
Bassini, Arch. f. klin. Chir., Berlin, 1894.
Bossini, Société de chir. italienne, 8^e session, octobre 1891.
Richelot, Société de chirurgie, 1892.
Lockwood, The Lancet, t. III, p. 1297, 1893.
Kocher, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.
Buchnan, British med. journ., t. I, 1879.

- Ball, Brit. med. journ., 1887.
Macewen, Annals of Surgery, t. IV, 1886.
Stonham, The Lancet, 1892.
Salzer, Central. f. Chir., n° 53, 1892.
Cheyne, The Lancet, London, 1892.
Schwartz, Sur un procédé myoplastique, Congrès de chirurgie,
avril 1893.
Poulet, 9^e Congrès de chirurgie, 1895.
Thiriar, Associat. franç. de chirurgie, 1893.
Schwartz, Société de chir., 1892
Trendelenburg, Hackenbruck, Beitr. z. klin. Chir., 1894.
Delagénère, Nouveau procédé de cure radicale et de hernie
crurale (Archives provinciales de chirurgie, 1896).
Annandale, On hernia, 1837. Edimb. med. journ., 1876.
Ruggi, Bull. delle scienze di Bologna, der VII.
Lupton, The Lancet, 1871.
Lawson Tait, Brit. med. journ., t. II, p. 685.
Widenham, Maunsell, Brit. med. journ., 1891.
Lucas-Championnière, Journal de méd. et chir. pratiques, 1893
Lucas-Championnière, Revue de chirurgie, 1894.
Delorme, Arch. de méd. et pharm. militaires de Paris, 1894.
Mauviez, Résultats éloignés de la cure radicale des hernies
(th. 1893).
Bresset, Résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale
(th. de Paris, 1895).
Leuwe, Arch. f. klin. Chirurg., 1893.
Berger, Diag. et Traitement de la hernie crurale chez la femme
(Bulletin méd., 19 mai 1895).

TABLE

Introduction	5
Chapitre premier. — Considérations anatomiques, anatomo-pathologiques et pathogéniques	9
Chapitre II. — Historique. Cure radicale	17
Chapitre III. — Méthode crurale	22
Chapitre IV. — Méthode inguinale et Laparotomie.	40
I. Méthode inguinale	40
II. Laparotomie	41
Chapitre V. — Résultats. Valeur des différentes méthodes basée sur les résultats obtenus	44
Conclusions	55
Bibliographie.	57

